

مقایسه کیفیت زندگی بیماران پوستی با افراد سالم

چکیده

کیفیت زندگی مجموعه‌ای از شرایط جسمی، روانی و رفاه اجتماعی مانند سلامتی، ازدواج، کار، خانواده، احساس مالکیت و همکاری با دیگران است که به وسیله شخص یا گروه درک می‌شود. بیماریهای پوستی اثرات مهمی بر حالت‌های روانی - اجتماعی و فعالیتها دارند. اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران پوستی و مقایسه آن با افرادی که بیماری پوستی ندارند، می‌تواند نشان دهنده کیفیت زندگی این بیماران و جنبه‌های مختلفی که زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باشد. این امر، خود می‌تواند در جهت درک شدت بیماری و ارائه خدمات درمانی بهتر به این افراد و برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح کیفیت زندگی آنها از نظر میزان فعالیت، توانمندی، بازده‌کاری، سلامت روانی و ارائه توصیه‌های پیشگیرانه به آنها مفید باشد. این مطالعه مشاهده‌ای - مقایسه‌ای روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس، آکنه، اختلالات پیگمانتاسیون (ویتیلیگو، ملاسما)، آلورپسی، اکزما و ۱۰۰ نفر از همراهان بیماران (به عنوان گروه شاهد) انجام شد. بیماران از نظر میانگین سنی و جنسیت در دو گروه یکسان بودند. کیفیت زندگی بیماران که شامل فعالیتها و مسائل روانی - اجتماعی بود با گروه شاهد توسط پرسشنامه‌ای با مقیاس لیکرت و حاوی ۱۵ سؤال با اعتباری معادل ۰/۴ و ضریب پایایی ۰/۸۱ - مقایسه شد. در تجزیه و تحلیل نتایج از تستهای t one way ANOVA و معادلهای غیر پارامتریک آنها و $general\ linear\ model$ استفاده گردید. کیفیت زندگی بیماران بدتر از گروه شاهد بود ($P < ۰/۰۰۹$). از نظر روانی - اجتماعی، بیماران نسبت به گروه کنترل وضعیت بدتری داشتند ($P < ۰/۰۰۹$). در تمام افراد مورد و شاهد، بین کیفیت زندگی با سن ($r = ۰/۱۲۵$ و $P = ۰/۰۱$) و سطح درآمد ($r = ۰/۲۲$ و $P = ۰/۰۲۲$) ارتباط آماری معنی‌دار و مستقیمی به دست آمد. بدتر بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آکنه و اختلالات پیگمانتاسیون، ممکن است ناشی از در معرض دید بودن این ضایعات و نیز جوانتر بودن این بیماران نسبت به سایر بیماران باشد. توجه به قسمت روانی بیماریهای پوستی بسیار مهم است و یک روان‌پزشک می‌تواند به بیماران پوستی - حتی اگر از نظر روانی مشکل نداشته باشند - کمک کند. لذا در درمان بیماران پوستی که به درمانهای رایج پاسخ مناسب نمی‌دهند، می‌توان از مشاوره با یک روان‌پزشک بهره جست. همچنین می‌توان از سنجش سطح کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از شروع درمان برای ارزیابی تأثیر آن بر بیمار استفاده کرد.

دکتر حبیب انصارین I

*دکتر علی کبیر II

دکتر عباسعلی میری شکراب III

کلیدواژه‌ها: ۱ - کیفیت زندگی ۲ - بیماریهای پوستی ۳ - فعالیت

۴ - مسائل روانی - اجتماعی

مقدمه

زندگی عادی خود درک می‌کند و به آن واکنش نشان می‌دهد، منعکس می‌سازد (۲). جدیدترین تعریف کیفیت زندگی عبارت است از: مجموعه‌ای از شرایط جسمی، روانی و رفاه

درباره کیفیت زندگی (quality of life) در سالهای اخیر مطالب بسیاری بیان شده است. کیفیت زندگی یک جزء ذهنی (رفاه) است (۱) و طریقی را که یک فرد از سلامت و

این مقاله خلاصه‌ایست از پایان نامه دکتر عباسعلی میری شکراب جهت دریافت مدرک دکترای عمومی به راهنمایی آقای دکتر حبیب انصارین، سال ۱۳۸۰. همچنین این مقاله در اولین کنفرانس دانشجویی در تبریز سال ۱۳۸۱ ارائه و به عنوان مقاله برتر انتخاب شد.

(I) دانشیار بیماریهای پوست، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(II) پزشک عمومی، عضو کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (*مؤلف مسؤول)

(III) پزشک عمومی

بیمار از بیماری و خدماتی که نیاز دارد؛ متفاوت از ارزیابی بالینی توسط پزشک است (۱۱).

ثبت کیفیت زندگی در درماتولوژی علاوه بر ارزیابی سیر درمان می‌تواند دانش ما را در مورد استرس روانی - اجتماعی همراه با بیماریهای پوستی بهبود بخشد و برای تعدادی از بیماران که درمان روان‌پزشکی برای آنها ضروری است، بر لزوم انجام درمان و صرف هزینه حتی اگر از نظر حیاتی واجب نباشد تأکید کند (۹).

اندازه‌گیری میزان ناتوانی و کیفیت زندگی بیماران پوستی در جهت ارائه بهتر خدمات به آنها موثر است (۱۲).

اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران پوستی و مقایسه آن با افرادی که بیماری پوستی ندارند، می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران و جنبه‌های مختلف زندگی این افراد را که تحت تأثیر قرار گرفته است، نشان دهد.

این امر، خود می‌تواند در جهت درک شدت بیماری و ارائه خدمات درمانی بهتر به این افراد و برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح کیفیت زندگی آنها از نظر میزان فعالیت، توانمندی، بازده کاری، سلامت روانی و ارائه توصیه‌های پیشگیرانه به آنها مفید باشد.

علاوه بر این، جهت نزدیک‌تر کردن خدمات بهداشتی - درمانی ارائه شده به نیاز واقعی بیماران، ارزیابی کیفیت و چگونگی سطح زندگی آنها می‌تواند بسیار کمک کننده باشد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مشاهده‌ای - مقایسه‌ای (Observational-comparative) انجام شده است.

بیماران از مراجعه کنندگان به درمانگاههای پوست بیمارستانهای حضرت رسول اکرم (ص) و رازی که مبتلا به یکی از بیماریهای آکنه، پسوریازیس، اختلالات پیگمانتاسیون (ملاسما، ویتیلیگو)، اگزما، آلوپسی (آره‌آتا، توتالیس، یونیورسالیس) بودند و گروه شاهد از همراهان بیماران انتخاب شدند.

اجتماعی مانند سلامتی، ازدواج، کار، خانواده، احساس مالکیت و همکاری با دیگران که به وسیله شخص یا گروهی از اشخاص درک می‌شود (۳).

اغلب بیماریهای پوستی تهدید کننده حیات نیستند اما اثرات مهمی بر حالتهای روانی - اجتماعی (psychosocial) و فعالیتها دارند (۴ و ۵).

بیماریهای پوستی تنها یک مشکل زیبایی (cosmetic) نیستند، بلکه اثری فوق‌العاده بر کیفیت زندگی دارند که اهمیت این اثر قابل مقایسه با سایر بیماریهای طبیی است (۶).

روابط مهمی بین پوست و ذهن وجود دارد، همان طوری که بین پوست و مغز نیز چنین ارتباطی وجود دارد (۷).

ضایعات پوستی می‌توانند تعداد زیادی از واکنشهای روانی را به همراه داشته باشند که شامل احساس فرد در مورد ظاهر خود، خجالت زدگی، شرمندگی و از دست دادن اعتماد به نفس می‌باشد (۸).

در درماتولوژی بطور مشخص، علاوه بر عوامل جسمی (somatic)، تجربیات ذهنی بیمار نیز باید ثبت گردد که به معنی دریافتن این نکته است که آیا درمانها بر احساس (خوب بودن) بیمار علاوه بر اثرات جسمی وی تأثیر داشته‌اند یا خیر؟ در مطالعات بالینی، هزینه‌های روشهای درمانی به صورت منظم و مکرر ارزیابی می‌شود و تعیین می‌گردد که آیا ارتباطی بین آنها و تأثیر بالینی و توانایی تغییر دادن کیفیت زندگی وجود دارد یا خیر.

جهت این ارزیابی ۳ جنبه در نظر گرفته می‌شود که عبارتند از: (۱) تأثیر بالینی و عوارض جانبی، (۲) هزینه‌های روشهای درمانی، (۳) کیفیت زندگی (خوب بودن) و راضی بودن بیمار (۹). ارزیابی کیفیت زندگی برای ارزیابی شدت بیماریهای پوستی حیاتی است (۱۰).

تعیین اثر بیماریهای مختلف پوستی بر کیفیت زندگی می‌تواند در درمان بیماران موثر باشد زیرا اغلب، درک

خونریزی، دردناکی، سوزش)، فعالیتها (روزانه، اجتماعی، جنسی) و مسائل روانی - اجتماعی مانند احساس خجالت (embarrassment)، ناامیدی و سرخوردگی (despair)، تحریک‌پذیری (irritability)، درماندگی (distress) در هفته گذشته و مشخصات دموگرافیک شامل نوع بیماری، جنس، سن، شغل، میزان تحصیلات و میزان درآمد بود.

نمره‌گذاری سؤالا شامل امتیاز بیشتر برای گزینه‌هایی بود که کیفیت بالاتر زندگی را نشان می‌دادند.

دامنه میانگین نمره قابل کسب در مورد علائم، بین ۱ تا ۶ و در دو قسمت فعالیت و روانی - اجتماعی در بیماران بین ۱ تا ۴/۹۳ و در افراد سالم بین ۱ تا ۴/۹۱ بود.

در مورد افراد سالم اگر در قسمت علائم نمره‌ای کسب می‌شد، این افراد از طرح خارج می‌شدند.

در تجزیه و تحلیل نتایج از شاخصهای آماری میانگین خطای معیار، میانگین نسبت، ضریب همبستگی Kendall و تستهای آماری χ^2 ، Paired t test، Pooled t test، Wilcoxon، Mann-Whitney، Kruskal و One way ANOVA و جهت حذف اثر مخدوش کنندگی متغیرها از General linear Model به کمک نرم‌افزار SPSS 10.00 استفاده گردید.

دامنه اطمینان در این مطالعه در همه موارد ۹۵٪ بود. محققان در تمام مراحل تحقیق به اصول اعلامیه هلسینکی (۱۳) پای‌بند بوده‌اند.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد پژوهش ۲۷/۴۶ (۲۵/۱۷-۲۹/۷۴) سال، پایین‌ترین سن ۱۴ سال و بالاترین سن ۷۰ سال بود.

۴۰/۵٪ از افراد مورد پژوهش مرد بودند ($\frac{M}{F} = 68\%$). ۱۵ نفر از بیماران (۱۵٪) آلوپسی، ۲۰ نفر (۲۰٪) اگزما، ۳۶ نفر (۳۶٪) آکنه، ۱۰ نفر (۱۰٪) پسوریازیس و ۱۹ نفر (۱۹٪) اختلالات پیگمانتاسیون داشتند.

شرط ورود بیماران به این مطالعه داشتن یکی از بیماریهای فوق، بدون وجود بیماری پوستی دیگر یا بیماریهای سیستمیک بود. شرایط ورود گروه شاهد (همراهان بیماران) به مطالعه عبارت بودند از: ۱) عدم مراجعه به پزشک در ۳ ماه گذشته، ۲) نداشتن مشکل پوستی یا سیستمیک، ۳) نداشتن ناتوانی (disability) واضح. روش نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی آسان (convenience) بود. حجم نمونه با پیش فرض $\alpha=0/05$ ، $power=90\%$ و $clinical\ difference=0/045$ (حداقل اختلاف بالینی ارزشمند) و بر اساس فرمول مقایسه دو میانگین، ۱۰۰ نفر در هر گروه و در مجموع ۲۰۰ نفر محاسبه شد.

همسان‌سازی ۲ گروه به روش frequency matching صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی بود که براساس مقیاس لیکرت تنظیم شده بود.

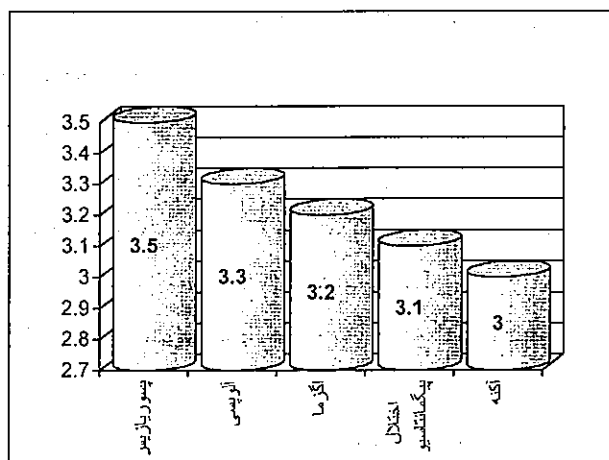
پرسشنامه اولیه شامل فاکتورهای میزان فعالیت (activity) و مسائل روانی - اجتماعی و در مجموع حاوی ۲۷ سؤال بود.

بعد از انجام مطالعه‌ای مقدماتی (pilot study) روی ۳۰ بیمار پوستی، سؤالاتی که ضریب همبستگی آنها با نمره کل بیش از ۰/۴ بود ($validity=0/4$)، انتخاب شدند.

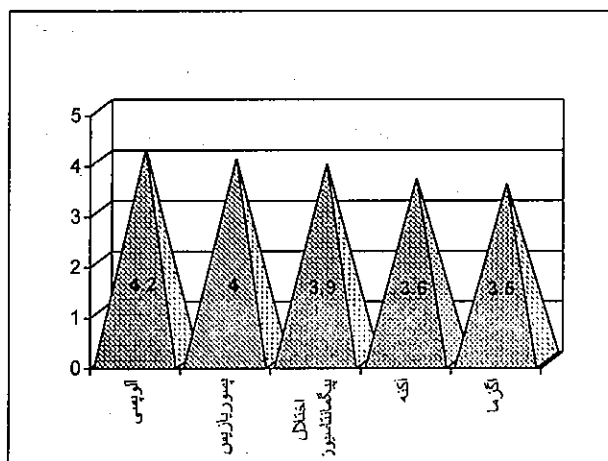
در نتیجه ۱۵ سؤال از ۲۷ سؤال اولیه باقی ماند که براساس ضریب پایایی کرونباخ آلفا (Cronbach's alpha) ضریب پایایی سؤالات مربوط به فاکتور فعالیت ۰/۷۹، مسائل روانی - اجتماعی، ۰/۸۰ و ضریب پایایی سؤالات نهایی ۰/۸۱ بود.

سه عدد از این سؤالا نیز که در مورد بیماریهای پوستی بودند، در پرسشنامه گروه کنترل حذف گردیدند. پرسشنامه‌ها به طریقه فرد ایفا بین افراد مورد بررسی توزیع می‌شد.

متغیرهای مورد بررسی در ۴ قسمت تنظیم شد که این قسمت‌ها شامل علائم بالینی (قرمزی، خارش، تورم، اسکار، پوسته‌ریزی، خراشیدگی، تغییر رنگ پوست، درد، خستگی،



نمودار شماره ۱- مقایسه کیفیت زندگی بیماران مختلف بدون در نظر گرفتن علائم



نمودار شماره ۲- مقایسه کیفیت زندگی بیماران مختلف با در نظر گرفتن علائم

از نظر میانگین فعالیت نیز اختلاف آماری معنی داری بین گروه‌های مختلف بیماران دیده شد ($P < 0.009$) که بطور معنی داری در مبتلایان به اگزما ($P = 0.04$) و اختلال پیگمانتاسیون ($P = 0.03$) بهتر از مبتلایان به آکنه بود.

از نظر مسائل روانی - اجتماعی نیز در گروه‌های مختلف بیماران اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد ($P = 0.06$) که بطور معنی داری مبتلایان به پسوریازیس بهتر از مبتلایان به اختلالات پیگمانتاسیون بودند ($P = 0.008$).

در بیماران، شدت علائم در دو جنس تفاوت نداشت. میزان فعالیت و کیفیت زندگی کلی در آقایان و مسائل

میانگین سنی در گروه‌های مختلف بیماران اختلاف معنی داری داشت ($P = 0.001$) که به ترتیب از سن پایین به بالا عبارت بودند از: بیماران مبتلا به آکنه، آلوپسی، اختلالات پیگمانتاسیون، اگزما و پسوریازیس. بین نمره کیفیت زندگی و سن بیماران ارتباط مثبت معنی داری مشاهده گردید ($r = 0.32$) و ($P = 0.001$).

درصد آقایان در گروه‌های مختلف بیماران تقریباً ۲۰٪ در هر گروه و درصد خانمها از ۶۷٪ در بیماران مبتلا به پسوریازیس تا ۴۸٪ در مبتلایان به آکنه متفاوت بود.

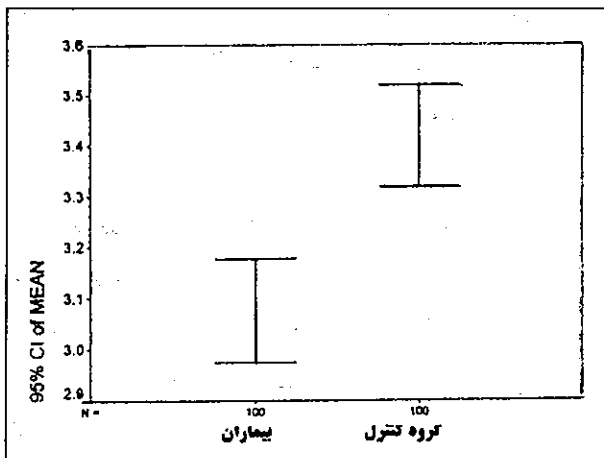
در عین حال، درصد جنسیت در گروه‌های مختلف بیماران اختلاف معنی داری نداشت.

گروه‌های مختلف بیماران از نظر سطح درآمد اختلاف معنی داری نداشتند اما از نظر شیغل ($P = 0.001$) و سطح تحصیلات ($P = 0.026$) اختلاف معنی داری وجود داشت. بطوری که سطح تحصیلات مبتلایان به آکنه، پسوریازیس، آلوپسی، اختلالات پیگمانتاسیون و اگزما به ترتیب از بیشترین تا کمترین، تغییر می‌کرد.

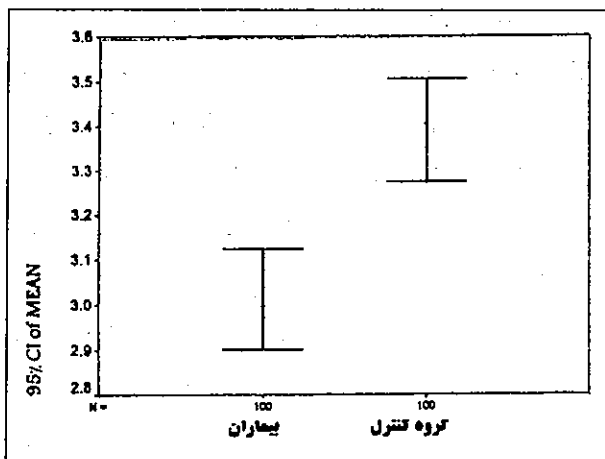
در گروه‌های مختلف بیماران اختلاف آماری معنی داری از نظر کیفیت زندگی وجود داشت ($P = 0.001$). بدون در نظر گرفتن علائم به ترتیب بهترین تا بدترین کیفیت زندگی مربوط به بیماران مبتلا به پسوریازیس، آلوپسی، اگزما، آکنه و اختلالات پیگمانتاسیون بود ($P = 0.001$) (نمودار شماره ۱).

در صورتی که با در نظر گرفتن علائم، بیماران مبتلا به آکنه و اگزما نسبت به آلوپسی، پسوریازیس و اختلالات پیگمانتاسیون وضعیت بدتری داشتند ($P = 0.009$) (نمودار شماره ۲).

شدت علائم بطور معنی داری در مبتلایان به آلوپسی کمتر از مبتلایان به اگزما ($P < 0.009$)، آکنه ($P < 0.009$)، پسوریازیس ($P = 0.001$) و اختلالات پیگمانتاسیون ($P < 0.009$) بود.



نمودار شماره ۳- مقایسه میانگین کیفیت زندگی بیماران پوستی با افراد سالم



نمودار شماره ۴- مقایسه میانگین مشکلات روحی - روانی بیماران با افراد سالم

بحث

اگر چه همیشه به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی بیماران بدتر از افراد سالم است، اما باید این مطلب به صورت علمی و کمی بیان شود و جنبه‌های مختلف آن توصیف گردد تا جهت رفع و اصلاح آنها اقداماتی صورت پذیرد. همان طور که قبلاً ذکر شد، کیفیت زندگی بیماران بدتر از افراد گروه کنترل بود. در مطالعه‌ای که در ولز روی ۲۰۰ بیمار و ۱۰۰ نفر شاهد انجام شد نیز چنین نتیجه‌ای به دست آمد (۱۴).

با توجه به حذف ۳ سؤال در قسمت بررسی مسائل روانی - اجتماعی در پرسشنامه افراد گروه کنترل، جهت

روانی - اجتماعی در خانمها بهتر بود اما این تفاوتها از نظر آماری معنی‌دار نبودند.

در نهایت با حذف اثر مخدوش‌کنندگی سن، شغل و سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بیماران مختلف، میزان فعالیت و وضعیت روانی - اجتماعی آنها تفاوت معنی‌داری نداشت.

میانگین نمره‌های کیفیت زندگی (فعالیت و مسائل روانی - اجتماعی) بیماران و گروه کنترل به ترتیب $3/19$ ($3/09-3/29$) و $3/44$ ($3/24-3/54$) به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ($P < 0/009$) (نمودار شماره ۳).

از نظر فعالیت، ۲ گروه مورد و شاهد اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند اما از نظر مسائل روانی - اجتماعی بطور معنی‌داری گروه کنترل نسبت به بیماران وضعیت مطلوبتری داشتند ($P < 0/009$) (نمودار شماره ۴).

میانگین سن و درصد جنسیت در ۲ گروه مورد و شاهد اختلاف آماری معنی‌داری نداشت.

اختلاف آماری معنی‌داری در گروه‌های مختلف شغلی ($P = 0/002$) در گروه‌های مورد و شاهد وجود داشت.

سطح تحصیلات ($P = 0/01$) و درآمد ($P = 0/04$) گروه کنترل بطور معنی‌داری از بیماران بیشتر بود.

در تمام افراد مورد و شاهد، کیفیت زندگی، میزان فعالیت و وضعیت روانی - اجتماعی در دو جنس تفاوتی نداشت.

در همین افراد، بین کیفیت زندگی با سن ($r = 0/125$ و $P = 0/01$) و سطح درآمد ($\eta^2 = 0/22$) و $P = 0/022$) ارتباط آماری معنی‌دار و مستقیمی به دست آمد.

با حذف اثر مخدوش‌کنندگی شغل، تحصیلات و درآمد باز هم میانگین کیفیت زندگی ($P = 0/027$) و وضعیت روانی - اجتماعی ($P = 0/026$) بیماران بدتر از گروه کنترل بود اما میزان فعالیت آنها تفاوتی نداشت.

مقایسه افراد بیمار و شاهد، برای هر یک از افراد هر دو گروه از این نظر میانگین محاسبه می‌شد تا بررسی وجود اختلاف میسر شود لذا در این زمینه خطایی رخ نداده است.

پایایی پرسشنامه افراد سالم نیز با حذف این ۳ سؤال تغییر معنی‌داری نسبت به گروه بیماران پیدا نکرد. حداقل یک سوم از بیمارانی که به درمانگاههای پوست مراجعه می‌کنند، مشکلی دارند که یک جزء اصلی روانی در آن وجود دارد (۷).

استرسهای روانی - اجتماعی همراه بیماریهای پوستی وجود دارند (۹).

از قرن‌ها قبل تأثیر روان بر بیماریهای پوستی شناخته شده بود؛ اما در ۵۰ سال اخیر تأثیر بیماریهای پوستی بر روان کاملاً پذیرفته شده است (۵).

کیفیت زندگی بیماران، در دو جنس، تفاوت نداشت که این امر در مطالعاتی که در مناطق مختلف دنیا مثل انگلیس (۱۴) و آفریقای جنوبی (۱۵) انجام شده نیز مشاهده گردیده است. شغل، تحصیلات و درآمدهای متفاوت نیز در کیفیت زندگی بیماران تفاوتی ایجاد نمی‌کردند.

در گروههای مختلف بیماران کیفیت زندگی تفاوت نداشت که شاید به علت کم نمونه در زیر گروههای مختلف بیماران باشد.

به هر حال بدون در نظر گرفتن علائم، بهترین کیفیت زندگی مربوط به پسوریازیس و بدترین آن مربوط به اختلالات پیگمانتاسیون بود اما با در نظر گرفتن علائم، آکنه و اگزما نسبت به آلوپسی، پسوریازیس و اختلالات پیگمانتاسیون وضعیت بدتری داشتند.

در مطالعه‌ای مشابه در دانمارک (۱۶) و انگلیس (۸)، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اگزما و پسوریازیس پایین‌تر از سایر بیماریها بود.

در رابطه با وضعیت روانی - اجتماعی بیماران باید گفت ضایعاتی که بیشتر در معرض دید هستند (مثل اختلالات پیگمانتاسیون و آکنه)، زندگی بیماران را بیشتر مختل

می‌کنند. چنین نتیجه‌ای در یک مطالعه در فرانسه نیز به دست آمده است (۹).

بنابراین در درمان چنین بیمارانی توجه به قسمت روانی - اجتماعی این بیماریها بسیار مهم است تا احساس خوب بودن که همان کیفیت زندگی می‌باشد (۱۱) در بیمار ارتقا یابد.

با توجه به علائم، بیماران مبتلا به آکنه و اگزما کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند که این امر نشان می‌دهد باید در درمان این بیماران به درمانهای معمول پوستی به منظور کاهش علائم، توجه کافی مبذول شود.

اگر چه توجه به قسمت روانی - اجتماعی این بیماریها را نیز نباید از نظر دور داشت.

در مطالعه ما ارتباط مستقیمی بین سن و سطح کیفیت زندگی وجود داشت به این معنی که افراد جوانتر، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند که در بعضی از مطالعات نیز چنین بوده است (۸) و در گروهی دیگر از مطالعات چنین ارتباطی وجود نداشته است (۱۷).

با توجه به اینکه بیماران مبتلا به آکنه و نیز اختلالات پیگمانتاسیون در مطالعه ما از میانگین سنی پایین‌تری برخوردار بودند، این امر می‌تواند دلیلی برای پایین‌تر بودن کیفیت زندگی آنها باشد. چون با حذف اثر سن، کیفیت زندگی این گروه از بیماران با بقیه، تفاوتی نداشت.

ارتباط مثبت سن با کیفیت زندگی احتمالاً به علت یادگیری افراد مسن‌تر جهت مقابله با استرس و بهبود وضعیت روانی - اجتماعی خود است.

البته منظور از افراد مسن‌تر، سنین بسیار بالا نیست زیرا میانگین سنی افراد مورد بررسی در این طرح، ۲۷ سال بود. همان‌طور که انتظار می‌رفت بین سطح درآمد و کیفیت زندگی نیز ارتباطی مستقیم وجود داشت.

این مطلب اهمیت وضعیت اقتصادی افراد را در کیفیت زندگی آنها نشان داده و در واقع بیان کننده حداکثر انتظاری است که می‌توان از کیفیت زندگی هر شخص، با توجه به وضع اقتصادی وی داشت.

گروه کنترل از نظر مسائل روانی - اجتماعی، نسبت به بیماران وضعیت مطلوبتری داشتند. با توجه به سؤالاتی که نظر بیمار را در این زمینه مشخص می‌کرد، معلوم شد که بیماریهای پوستی این قسمت از زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند.

بهتر بودن بخش روانی - اجتماعی و عدم تفاوت بخش فعالیت و عملکردی کیفیت زندگی افراد کنترل نسبت به بیماران، بیانگر اهمیت بیشتر بخش روانی - اجتماعی و نقش آن در کیفیت زندگی است؛ زیرا به واسطه تغییر این قسمت از کیفیت زندگی، نه به خاطر وضعیت عملکردی اشخاص، کیفیت زندگی بیماران از گروه کنترل پایین‌تر بود.

این مطالعه نشان داد که توجه به قسمت روانی - اجتماعی بیماریهای پوستی یک بخش مهم در برخورد با این بیماران است و در درمان بیماران بسیار قابل استفاده می‌باشد.

طبق نظر روان پزشکان، علاوه بر درمان بیمارانی که مشکل روانی - اجتماعی دارند، یک روان‌پزشک ممکن است به بیمارانی که مشکل پوستی دارند حتی بدون اینکه مشکل روانی داشته باشند کمک کند بدین ترتیب که این بیماران ممکن است به داروهای روان‌پزشکی بهتر از درمانهای معمول پوستی پاسخ دهند.

به عنوان مثال بعضی از داروهای روان‌پزشکی مثل ضدافسردگیهای سه حلقه‌ای (TCA) در درمان بیماریهایی مثل درد بعد از تب خال (Post herpetic neuralgia)، خارش ایدیوپاتیک، کندن مرضی موها (trichotillomania)، ترس از انگل (parasitophobia) و کهیر مزمن موثر هستند (۷).

با توجه به اینکه این مطالعه در تهران و فقط در ۲ بیمارستان انجام شده است، ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به کل بیماران پوستی کشور نباشد.

در مطالعه‌ای که در آفریقای جنوبی روی ۶۰۰ بیمار پوستی انجام شد، مشخص گردید که فرهنگ و طبقه اجتماعی روی کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد (۱۵). علاوه بر

پرسشنامه تنظیم شده و استاندارد شده در مطالعه حاضر (۱۸)، می‌توان جهت ارزیابی کیفیت زندگی بیماران پوستی، از شاخص کیفیت زندگی در درماتولوژی (Dermatology Life Quality Index=DLQI) نیز که توسط Finlay و Khan (۱۴) تهیه شده است، استفاده کرد. ترجمه دانمارکی این پرسشنامه از نظر پایایی قابل مقایسه با نوع اصلی آن (انگلیسی) بود (۱۶).

لازم به ذکر است که تطبیق ترجمه پرسشنامه با فرهنگ و اجتماع کشور ما، قبل از استاندارد کردن آن، الزامی می‌باشد. همچنین می‌توان از پرسشنامه‌هایی که برای بیماریهای خاصی طراحی شده‌اند مانند شاخص ناتوانی در آکنه (Acne Disability Index=ADI) (۱۹) و شاخص ناتوانی در اگزما (Eczema Disability Index=EDI) و شاخص ناتوانی در پسوریازیس (Psoriasis Disability Index=PDI) (۲۰ و ۲۱)، نیز استفاده کرد که با استفاده از آنها می‌توان نتایج دقیقتری به دست آورد.

با توجه به مطالب فوق در مورد بیمارانی که به درمانهای معمول پوستی پاسخ مناسب نمی‌دهند، مشاوره با یک روان‌پزشک جهت ارزیابی مشکلات روانی بیماران و درمان آنها می‌تواند بسیار مفید و موثر باشد زیرا هدف از درمان نه تنها بهبود فیزیکی فرد است، بلکه مهمترین هدف احساس خوب بودن یا بالا رفتن کیفیت زندگی آنها می‌باشد.

این مطالعه روی تمام بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انجام شد بدون توجه به اینکه آیا اولین مراجعه آنها به درمانگاه است یا اینکه از قبل تحت درمان بوده‌اند.

بنابراین جهت ارزیابی دقیقتر می‌توان تنها از بیمارانی که برای اولین بار به درمانگاه مراجعه می‌نمایند، استفاده کرد تا از این نظر نیز وضعیت کیفیت زندگی بیماران مشخص شود چون ممکن است کیفیت زندگی بیمارانی که از قبل تحت درمان بوده‌اند، تحت تأثیر

measurment of the impact of skin disease, Br J Dermatol, 1997, 136: 202-6.

9- Augustin M., Amon U., Bullinger M., et al., Recommendations for the assessment of quality of life in dermatology, Dermatol Psychosom, 2000, 1: 84-7.

10- Grob JJ., Auquier P., Martin S., et al., Development and validation of a quality of life measurement for chronic skin disorders in French, Dermatol, 1999, 199(3): 213-22.

11- Rea JN., Newhouse ML., Halil T., Skin disease in Lambeth, A community study of prevalence and use of medical care, Br J Prev Soc Med, 1976, 30: 107-14.

12- Champion RU., Burton JL., Burns DA., et al., Rook textbook of dermatology, 6 th ed, London, Blackwell science, 2000, PP: 629, 1589, 1789, 1802, 1941, 2924.

13- Smith T., Ethics in Medical Research, 1 st ed., Uk, Cambridge University Press, 1999, PP: 12-49.

14- Finlay AY., Khan GK., Dermatology Life Quality Index(DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use, Clin & Exp Dermatol, 1997, 19: 210-16.

15- Jobanputra R., Bachmann M., The effect of skin disease on quality of life in patients from different social and ethnic groups in capetown, South Africa, Int J Dermatol, 2000, 39(11): 826-31.

16- Zachariae R., Zachariae C., Ibsen H., et al., Dermatology Life Quality Index: Data from danish inpatients and outpatients, Acta Derm Venerol, 2000, 80(4): 272-6.

17- Harlow D., Poyner T., Finlay AY., et al., Impaired quality of life of adults with skin disease in primary care, Br J Dermatol, 2000, 143(5): 979-82.

۱۸- میری - عباسعلی، مقایسه کیفیت زندگی بیماران پوستی با افراد سالم، پایان نامه تحصیلاتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۰، ش: ۴۰۵۳، صفحه ۴۷-۳۹.

19- Motely RY., Finlay AY., How much disability is caused by acne?, Clin & Exp Dermatol; 1989, 14: 194-8.

این درمانها بهبود یافته یا بدتر شده باشد. همچنین می‌توان در مراجعه‌های بعدی (بعد از شروع درمان) نیز پرسشنامه را به بیماران ارائه و نتیجه آن را با مرحله قبل مقایسه کرد که به عنوان یک مقیاس برای ارزیابی تاثیر درمانهای پوستی قابل استفاده می‌باشد(۱۴).

نتایج متفاوتی که در بعضی از قسمتهای این مطالعه نسبت به مطالعات کشورهای دیگر(۸ و ۱۶) وجود دارد ممکن است مربوط به تفاوت فرهنگی و اجتماعی آنها با کشور ما باشد(۱۵) بنابراین شایسته است در این زمینه مطالعات و تحقیقات بیشتری صورت گیرد که این امر بطور مسلم در جهت ارتقای سلامت در کشور و کم کردن فاصله سطح بهداشت با کشورهای پیشرفته موثر خواهد بود.

منابع

1- Park JE., Park K., Park's textbook of preventive and social medicine, 13 th ed., M/S India, Banarsidas Bhanot publishers, 1991, PP: 14.

2- Odonnel BF., Lawlor F., Simpson J., et al., The impact of chronic urticaria on the quality of life, Br Dermatol, 1997, 136: 197-201.

3- Napgal R., Sell H., Subjective wellbeing, Reg. Health Paper. SEARO, WHO, New Dehli, 1985: 7.

4- Jowett S., Ryan H., Skin disease and handicap: An analysis of the impact of skin conditions, Soc sci Med, 1985, 20: 425-9.

5- Finlay AY., Ryan TJ., Disability and handicap in dermatology, Int J Dermatol; 1996, 35: 305-11.

6- Fleischer AB Jr., Feldman sr., Rapp SR., The magnitude of skin disease in the United States, Dermatol Clin, 2000, 18(2): xv-xxi.

7- Kaplan HI., Sadock BJ., Comprehensive textbook of psychiatry, 6 th ed., Baltimore Williams & Wilkins, 1995, PP: 12, 1528.

8- Morgan M., McCreedy R., Shmpson J., et al., Dermatology quality of life scales-a

20- Finlay AY., Kelly SE., Psoriasis-An index of disability, Clin & Exp Dermatol, 1987, 12: 8-11.

21- Finlay AY., Khan GK., Luscome DK., et al., Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability index in Psoriasis, Br J Dermatol, 1990, 123: 751-6.

H. Ansarin, MD **A. Kabir, MD* *A.A. Mirishekarab, MD*

Quality of life is a composite measure of physical, mental and social wellbeing as perceived by each individual or by group of individuals that is to say happiness, satisfaction and gratification as it is experienced in such life concerns as health, marriage, self-esteem, creativity, belongingness, and trust in others. Dermatologic disorders have a major impact on patients' psychosocial state, and every day activities. Comparing quality of life in patients with and without skin disease can be a determinor of life situation in dermatologic patients and show different aspects that affect in their life. It can be a mean to give better therapeutic services, promotion of life level give advise preventive cares to them. It's an observational-comparative study applied on 100 patients suffering from psoriasis, acne, eczema, pigmentation disorders (melasma, vitiligo), alopecia, and 100 healthy people selected from the relatives who accompanied patients attending the dermatology clinics, as control group. The control group had a similar mean of age and sex distribution. Finally, the quality of life which include the activities and psychosocial compliants by a likert questionair consist of 15 questions with validity equal to 0.4 and reliability coefficient (cronbach's alpha) equal to 0.81, compared between the patients and the controls. In analysis t test, one way ANOVA and nonparametric equivalents of them and univariate general linear model (for deletion the effect of confounding variables) were applied. The quality of life in patients was worse than controls. ($P<0.009$) In the psychosocial part, the patients' quality of life was worse than the controls, too($P<0.009$). There was a positive correlation between the quality of life by age ($P=0.01$, $r=0.125$) and income ($P=0.022$, $\eta^2=0.22$) in all cases & controls. The worse quality of life in the patients with acne and pigmentation disorders may be induced by the visibility of lesions and being younger rather than the others. A special notice to the psychic part of dermatologic disorders is crucial and a psychiatrist can help the dermatologic patients, even they have not the psychologic compliants. About the patients who don't make a good response to current dermatologic therapies, we can consult a psychiatrist. Also comparison of the Quality of life -before and after of treatment- can be used for the evaluation of the efficacy of treatment.

Key Words: 1) Quality of life 2) Dermatologic disorders 3) Activity 4) Psychosocial problems

This article is the summary of the thesis of A.A.Mirishekarab, MD under supervision of H.Ansarin, MD, 2001, Also was chosen as best article presented in 1 st congress of students in tabriz, 2002.

D Associate professor of Dermatology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

II) General Physician, member of students, Research committee of Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehra, Iran(*Corresponding author).

III) General Physician.